（保健事業書類№１５）

子宮頸がん検診　補助金請求書　任意継続用

以下をご確認頂き、□に✓をご記入ください。

□　**自費で受診した検診が補助対象です。健康保険証で受診した場合（保険診療）は、補助対象外です。**

□　補助は年度内１回限り上限5,000円です。生活習慣病予防健診受診者は、補助金請求できません。

□　補助対象者は、次の①～③です。

①2024年3月31日時点で、20・22・24・26・28・30・32・34歳の被保険者（本人）

②2024年3月31日時点で、35歳以上の偶数年齢の被保険者（本人）で、一般健診を受診した方

③2024年3月31日時点で、35歳以上の偶数年齢の被扶養者（家族）で、一般健診を受診した方

□　補助対象の検査方法は、「**子宮頸部細胞診**」です。

下記のとおり検診補助金を請求します。 年　　月　　日					
保険証の記号番号	５００―	請求者（被保険者）氏名	㊞		
住所	〒			電話番号	
振込希望金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	支店		普通 当座　口座番号	
	名義（請求者となります） （フリガナ）				

受診者	健康保険証の記号番号	氏名	被保険者（本人） ・ 扶養者（家族）	年齢※	健保記入欄　決定額
	500　　―			歳	
	該当する□に✓をご記入ください。		子宮頸がん検診 受診日		要した金額 （税込）
	□　20～34歳の被保険者				
	□　35歳以上で一般健診を受診した被保険者（本人）		年		円
	□　35歳以上で一般健診を受診した被扶養者（家族）		月　日		

※2024年３月31日時点での年齢をご記入ください。この年齢が奇数年齢の場合は補助対象外です。

提出書類	ご提出前に提出書類をご確認頂き、□に✓をご記入ください。 □　子宮頸がん検診補助金請求書（本紙） □　受診者・検診項目・検診費用の確認できる医療機関の領収書（原本） →領収書添付欄にのり付けしてください。領収書原本は返却できません。 □　子宮頸がん検診結果（コピー可）

提出先：兼松連合健康保険組合

提出期限：2024年４月10日（水）

健保記入欄	年齢	健診	本人 家族	その他

領収書添付欄

領収書はこちらにのり付けしてください。